

ESSAI

N° 90.

SUR

L'OCCLUSION DES INTESTINS

PAR CAUSE INTERNE;

THÈSE

*Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris,
le 28 avril 1830, pour obtenir le grade de Docteur en
médecine;*

PAR PHILIPPE TESTU, de Bamière-Dommartin ,

Département du Pas-de-Calais ;

Ancien Élève des hôpitaux civils de Paris ; Bachelier ès-lettres et
ès-sciences.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	MESSIEURS
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie.....	DUMÉRIL.
Chimie médicale.....	ORFILA, <i>Examineur.</i>
Physique médicale.....	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale.....	CLARION, <i>Suppléant.</i>
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène.....	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale.....	{ MARJOLIN, <i>Examineur.</i> ROUX.
Pathologie médicale.....	{ FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils.....	RICHERAND, <i>Examineur.</i>
Thérapeutique et matière médicale.....	ALIBERT.
Médecine légale.....	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés.....	DESORMEAUX. CAYOL.
Clinique médicale.....	{ CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER, <i>Président.</i>
Clinique chirurgicale.....	{ BOUGON. BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens.....	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

MESSIEURS	MESSIEURS
BAUDELOCQUE.	DUBLED.
BAYLE.	DUBOIS.
BÉRARD.	GERDY.
BLANDIN.	GIBERT, <i>Suppléant.</i>
BOUILLAUD.	HATIN, <i>Examineur.</i>
BOUVIER.	LISFRANC, <i>Examineur.</i>
BRIQUET.	MARTIN SOLON.
BRONGNIART.	PIORRY.
CLOQUET.	ROCHOUX.
COTTEBEAU.	SANDRAS.
DANCH.	TROUSSEAU.
DEVERGIE.	VELPEAU.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEILLEURE

DES MÈRES.

Comme un faible témoignage du plus sincère attachement, de la plus pure amitié et de la reconnaissance sans bornes que je lui dois pour les soins inappréciables qu'elle m'a prodigués depuis mon berceau jusqu'à ce jour.

P. TESTU.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

AVANT-PROPOS.

« **A**VANT d'écrire réfléchissez long-temps sur le sujet que vous devez traiter. » Voilà un précepte bien sage, et dont je ne m'écarterais pas si je voulais faire un ouvrage utile à mes contemporains, si je voulais faire un ouvrage qui passât à la postérité.

Il faut convenir qu'on n'est pas dans ce cas après quelques courtes années consacrées à l'étude d'une science aussi belle et aussi vaste que celle de la médecine, science qui est toute dans l'observation; science qui demande tant de courage, tant de persévérance, tant de temps, que les plus grands génies qui l'ont illustrée arrivés vers le terme de leur carrière avaient encore tous les jours à apprendre, parce que tous les jours ils observaient des faits nouveaux.

La médecine est une science qui se compose de toutes les autres sciences. Qui oserait, en effet, aujourd'hui se dire bon médecin, bon physiologiste, s'il ne possède des connaissances exactes en physique, en chimie, en botanique, etc.... Mais si nous pensons qu'un homme doué d'un bon esprit ne peut pas même espérer de trouver les bornes d'une de ces sciences en particulier, en y consacrant sa vie entière, quelles tristes réflexions ne nous seront point suggérées en pensant à l'étude de la médecine !

Ce n'est donc point un travail complet que je vais offrir à mes juges ; trop heureux encore si le sujet que je leur mets sous les yeux est digne de leur attention.

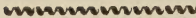
J'avais recueilli quelques observations de dilatation des bronches offrant tous les signes de la phthisie pulmonaire au dernier degré : amaigrissement, coloration des pommettes, dévoiement colliquatif, fièvre le soir, insomnie, sueurs nocturnes, toux fréquente, crachats nommulaires, bruit amphorique, gargouillement, pectoriloquie, etc., et cependant, sous l'influence d'une médication simplement émolliente, ou à la fois antiphlogistique et émolliente, d'autres fois légèrement stimulante, les malades, en un court espace de temps, un mois, six semaines, obtenaient

une guérison inespérée. De l'analyse de ces faits j'étais porté à conclure que beaucoup de guérisons de cavernes pulmonaires qu'on nous offre comme le résultat de l'action du chlore inspiré à l'aide de divers appareils peuvent n'être que des guérisons de dilatations des bronches; mais, d'un autre côté, on trouve dans les ouvrages de *Laennec* et d'autres observateurs également dignes de foi des observations constatant la cicatrisation de cavernes pulmonaires. Il est donc besoin d'un travail plus long que le mien pour décider un point aussi délicat.

C'est le sujet que j'avais choisi pour thèse; mais des circonstances que je n'avais pu prévoir m'obligent de quitter Paris, et de me priver ainsi des lumières de mes professeurs beaucoup plutôt que je n'aurais voulu le faire, et, au lieu de quelques années que j'aurais consacrées à l'étude de ma thèse, je me vois forcé d'en faire une dans l'espace de quelques jours.

L'occlusion des intestins par cause interne est un sujet qui a, de tout temps, beaucoup occupé les médecins, et qui doit encore beaucoup les occuper aujourd'hui, puisqu'on n'a point encore trouvé le moyen certain de faire éviter la mort aux malheureux atteints de cette maladie,

au moins dans le plus grand nombre des cas. C'est le sujet que je prends pour thèse, regrettant beaucoup de n'avoir ni les connaissances nécessaires, ni le temps suffisant pour traiter convenablement un sujet aussi important.



ESSAI

SUR

L'OCCLUSION DES INTESTINS

PAR CAUSE INTERNE.

CHAPITRE PREMIER.

ON entend par *occlusion des intestins* cet état dans lequel la continuité de leur cavité est interrompue dans une étendue variable, de manière à rendre impossible le passage des matières fécales.

Les occlusions des intestins dépendant d'un étranglement survenu dans les hernies sont les plus fréquentes qu'on ait occasion d'observer ; mais ce point ne laisse rien à désirer, ni sous le rapport du diagnostic, ni sous le rapport de la thérapeutique : nous ne nous en occuperons pas ici ; nous ne parlerons que des occlusions des intestins produites par une cause interne. Pour nous faciliter l'exposition de cette maladie, nous établirons quelques divisions fondées sur l'organe qui opère l'occlusion, et le mode d'occlusion nous fournira quelques subdivisions qui se présenteront tout naturellement. Avec

cette manière de procéder, nous exposerons en même temps les causes et les altérations pathologiques; nous citerons nos observations à mesure que nous parlerons des cas auxquels elles se rapportent, et nous aurons ainsi préparé l'histoire des symptômes, du diagnostic, du pronostic, de la marche, de la durée, de la terminaison et du traitement de la maladie. Nous rapporterons les faits avec vérité, et nous serons sobres d'interprétations.

CHAPITRE II.

Les causes d'occlusion des intestins se trouvent : 1°. dans le péritoine; 2°. dans les intestins eux-mêmes; 3°. dans l'introduction ou le développement des corps variables dans les intestins; 4°. et dans la présence de tumeurs voisines des intestins et pouvant les comprimer.

ARTICLE PREMIER.

Causes d'occlusion des intestins dues au péritoine.

Malheur, s'écriait le célèbre professeur d'anatomie de cette école, dans une de ses savantes leçons! malheur à qui contracte une inflammation du péritoine! car l'inflammation de cette membrane séreuse, alors qu'elle n'est pas mortelle, donne lieu le plus souvent à des suites fâcheuses. Une lymphe plastique de facile organisation est sécrétée en plus ou moins grande abondance, et bientôt établit des adhérences intimes entre toutes les portions des intestins, ou seulement entre plusieurs anses intestinales. De ces adhérences résulte nécessairement un obstacle aux mouvemens péristaltiques du canal digestif, et par suite un trouble dans la digestion, trouble qui se manifeste par des douleurs vagues qui suivent les repas. Ces fausses membranes, résultat de l'inflammation péritonéale, ne se présentent pas toujours sous le même aspect; souvent elles affectent la forme de bandelettes adhérentes seulement par leurs deux extrémités, et constituent une

arcade, dans laquelle une anse intestinale vient, ou peut venir s'engager et s'étrangler dans des circonstances déterminées. Rien de plus variable que l'étendue et la direction de ces brides : nous n'espérons point retracer ici toutes les formes sous lesquelles elles se présentent ; nous n'en rapporterons que quelques variétés.

a. Ces brides peuvent s'étendre d'une portion d'intestin à un autre point de l'intestin. J'en ai plusieurs fois trouvé de semblables sur le cadavre ; mais je n'en ai pas vu produire d'étranglement.

b. Une bride peut s'étendre d'un intestin à un autre organe. M. *Esquirol* a présenté à l'Académie royale de médecine une pièce anatomique offrant l'exemple d'un étranglement produit par une bride qui, des ligamens larges de l'utérus, allait s'attacher au rectum.

c. On a vu des brides partant d'un point du mésentère pour se rendre à un point opposé de ce même organe. M. *Rostan* a consigné, dans le numéro du mois de mars 1829 des Archives générales, une observation qui prouve ce fait ; nous la rapporterons ici presque tout entière, parce qu'elle est fort curieuse sous d'autres rapports. Mademoiselle Hullin, actrice de l'Opéra, avait eu de fréquentes inflammations du bas-ventre, accompagnées quelquefois de vomissemens. Mariée en septembre 1828, à l'âge de vingt-huit ans, elle se porta bien jusqu'au 17 février 1829 ; alors, sans cause connue, il se déclara une vive douleur dans la région iliaque droite, des vomissemens eurent lieu ; et, malgré les cataplasmes anodins, les bains, les fomentations, les potions calmantes éthérées et opiacées, la malade mourut au bout de quelques jours au milieu des symptômes d'un étranglement interne..... La rapidité de la maladie, les vomissemens, les douleurs atroces, et peut-être quelques circonstances particulières étrangères à la maladie, firent planer sur M. de Saint-Éloy, mari de la victime, les soupçons d'un empoisonnement. M. de Saint-Éloy demanda que l'autopsie fût faite, et le médecin qui examina le cadavre déclara que la mort était due à une inflammation gastro-intestinale. MM. *Orfila* et *Rostan* furent chargés de faire un second rapport.... « Après avoir déroulé les intestins, et les examinant avec

soin , nous avons reconnu un étranglement du colon à trois ou quatre pouces du cœcum et formé de la manière suivante : un appendice grasseux d'environ un pouce de longueur, adhérent par une extrémité à l'une des faces du mésentère, dans le voisinage de l'intestin, était venu contracter une adhérence morbide, à l'aide d'un filet ligamenteux, vers la face opposée de l'endroit correspondant du mésentère, de manière à comprendre l'iléon comme un anneau comprend une bourse. Cet anneau celluleux ayant comprimé l'intestin, intercepté le cours des matières alimentaires et le cours du sang, explique de la manière la plus satisfaisante et les accidens arrivés pendant la vie et les traces trouvées après la mort. Les coliques atroces, les vomissemens de matières fécales et la suppression des selles, sont les symptômes ordinaires de tout étranglement; les traces d'inflammation violente dans l'estomac et les intestins, la gangrène des parties qui avoisinent l'étranglement, sont aussi les phénomènes ordinaires de l'étranglement qui se termine par la mort. » Cette observation nous montre que les symptômes d'un étranglement interne peuvent jusqu'à certain point simuler les symptômes d'un empoisonnement; et elle nous apprend, surtout que, dans les rapports de médecine légale, il ne faut pas se contenter d'un examen superficiel des parties.

J'ai pu observer moi-même un étranglement interne dû à la même cause. Antoine Bernard, âgé de cinquante-sept ans, cordonnier, grand, maigre, brun, jouissant habituellement d'une assez bonne santé, fut pris, le 6 janvier 1830, vers le soir, de violentes coliques avec vomissemens et évacuations alvines : il crut que c'était une indigestion, et prit des boissons chaudes. Les vomissemens continuèrent les jours suivans, il leur opposa des tisanes de guimauve et de violettes, garda le repos, et vint à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry, le 9 janvier 1830, dans l'après-midi. La figure est grippée, la peau froide et terreuse, le pouls filiforme et fréquent, le ventre très-douloureux et un peu ballonné; le poids des couvertures ne peut être supporté. Depuis le premier jour de la maladie il n'y a point eu de selles; il y a des vomissemens fréquens d'une bouillie jaune-verdâtre, où l'on distingue

facilement des mucosités et des matières fécales; l'haleine du malade est très-fétide. Lorsque le malade boit, il vomit aussitôt..... On fait des fomentations émollientes sur le ventre, on réchauffe les extrémités, on donne quelques cuillerées de sirop diacode; on administre quelques lavemens avec le laudanum, mais ils sont rejetés. Le lendemain, dans la soirée, la chaleur s'était répandue sur tout le corps, et le malade se trouvait mieux; cependant le visage exprime une angoisse profonde, le nez est effilé et la peau du front est tirée en haut, tout le visage est couvert d'un sueur visqueuse, les hoquets et les nausées se succèdent rapidement, et le malade est dans un état de défaillance qui lui fait pressentir la mort: on continue les fomentations et le sirop diacode. Bientôt le malade n'a plus la force de vomir, mais les mouvemens brusques du diaphragme et du pharynx indiquent que les envies de vomir n'ont pas cessé. La mort arrive le 13, à quatre heures du matin. — *Ouverture le 14, à neuf heures du matin.* Le cadavre est maigre; l'abdomen, quoique déprimé, est encore un peu sonore à la percussion. La bouche est pleine de matières jaunâtres, semblables à celles des vomissemens. La tête et le thorax n'ont offert aucune altération notable. La paroi antérieure de l'abdomen s'enleva difficilement, en raison des nombreuses adhérences de sa face interne avec les intestins. Plusieurs foyers d'un pus blafard se rencontraient au centre de ces adhérences. La cavité abdominale était remplie d'une matière noire semblable à de l'encre un peu épaisse. Estomac: il est d'un petit volume; sa couleur est d'un brun ardoisé par plaques; les rides nombreuses qui se trouvent dans la région pylorique sont rouges. Le duodénum et la première moitié de l'intestin grêle sont remplis d'une bouillie jaunâtre analogue à celle des vomissemens; il n'y a que peu de gaz dans les intestins. A quatre pieds de la valvule iléo-cœcale, l'intestin, qui devenait de plus volumineux, est interrompu tout à coup par une bride fibro-celluleuse, qui l'entoure de toutes parts et le retient fixé vers la fin de la base du mésentère. Cette bride a à peu près deux pouces de long sur deux lignes de large; elle offre un aspect nacré, passe d'un point du mésentère à

un autre très-voisin, et c'est sous l'arcade qu'elle forme ainsi que l'intestin se trouve comprimé : un peu plus loin se trouve une autre bride à peu près semblable à la première, qui étrangle encore l'intestin; l'espace qui sépare ces deux étranglemens est de huit à neuf pouces. En partant du premier, l'intestin est très-resserré et sa muqueuse d'un noir livide. Après avoir parcouru un espace de quatre à cinq pouces, on trouve une large déchirure irrégulière, à bords frangés, noirs et livides, ressemblant à un bourbillon. Le mésentère correspondant est en grande partie compris dans cette escharre, et flotte, dans le petit bassin, au milieu du liquide noir dont nous avons parlé. Le gros intestin est resserré, il a contracté des adhérences avec les parties voisines; on y trouve des matières fécales moulées en petite quantité. Les autres viscères n'offrent point d'altération notable. Toute la masse intestinale offrait une teinte noire très-foncée. Les replis du péritoine adhéraient et contenaient entr'eux de petits abcès. Le péritoine était friable, la plus légère traction suffisait pour le déchirer. Dans le liquide noir flottaient des débris de membrane, noirs, gangrenés, dont on n'a pu déterminer la structure. La couleur noire du liquide épanché dans le péritoine dépendait-elle de la décomposition des matières fécales, ou de leur mélange avec le sang qu'auraient pu fournir les vaisseaux divisés par le travail inflammatoire? L'odeur de toutes ces parties était d'une fétidité repoussante, et leur couleur, se déposant sur les mains, y laissait une teinte noirâtre, que des lotions répétées pouvaient à peine faire disparaître.

d. On rencontre fréquemment des brides qui s'étendent d'un point de l'intestin aux parois qui le renferment; mais je n'ai pas présent à l'esprit de cas prouvant que cette disposition ait amené un étranglement interne.

e. L'épiploon contracte souvent des adhérences avec un ou plusieurs points des parois abdominales, et forme ainsi des ponts ou arcades dans lesquels s'engagent et s'étranglent des anses d'intestins. Nous en trouvons un exemple remarquable, publié par M. *Manoury*, dans sa thèse (1819). Nous rapporterons cette observation tout entière,

parce qu'elle nous paraît bien faite, et parce qu'elle nous donne une idée assez exacte de ce qu'on peut attendre des moyens chirurgicaux qui ont été mis en usage contre cette maladie. Le nommé D**, chape-lier, âgé de trente-cinq ans, d'une forte constitution, avait toujours joui d'une excellente santé. Il affirmait n'avoir jamais éprouvé de coliques un peu vives, ni avoir reçu de coup sur l'abdomen : il n'avait point de hernie. Quinze jours avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, il avait eu une indigestion ; mais au bout de deux jours il avait repris ses occupations. Le 27 juillet 1817, à la suite d'un repas dans lequel il dit n'avoir point fait d'excès, il se sentit incommodé, et cessa ses occupations. Le lendemain, l'abdomen commença à se tuméfier et devint sensible à la pression. Le malade entra à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles, n°. 13. La tuméfaction du ventre est considérable, la douleur se fait sentir dans toute son étendue, mais elle est bien plus vive à la région iliaque droite. Point d'évacuations alvines ; les mains sont froides ainsi que la face, légère altération de la physionomie. Le 30 juillet, la face est pâle, grippée ; expression douloureuse ; de tristes pressentimens tourmentent le malade ; la peau est généralement froide ; l'abdomen tendu, ballonné surtout vers la région du colon transverse ; sensibilité extrême dans la région iliaque droite, un peu au-dessus du lieu occupé par le cœcum ; la douleur paraît s'étendre vers le colon ascendant. Soif intense, bouche sèche, langue jaunâtre ; constipation opiniâtre ; pouls presque naturel. (Tisane, saignée de trois palettes, quarante sangsues sur l'abdomen, pariétaire, fomentations émollientes, demi-lavement, diète.) Le 31 juillet, changement peu marqué dans l'état du malade : le ventre conserve sa tension douloureuse ; les extrémités, toujours froides, sont sensibles ; les coliques n'ont pas diminué. (Pariétaire, fomentations, lavemens émolliens, dix-huit sangsues sur la portion ascendante du colon.) Le 1^{er} août, prostration plus grande, pouls plus concentré. (Même prescription.) Le 2 août, vomissemens fréquens et sans le moindre effort d'une matière de couleur jaune-serin et d'une fétidité insupportable ; rapports, hoquets, nausées ; pâleur extrême de la face, état d'anxiété et d'an-

goisse. (Pariétaire, lavemens avec trois onces d'huile de ricin, fomentations.) Le 3 août, la persistance des vomissemens, le défaut d'évacuation par le bas, les rapports, les hoquets, les nausées, la tuméfaction douloureuse de l'abdomen, la faiblesse et la concentration du pouls toujours croissantes, l'état d'angoisse et d'anxiété du malade, l'inutilité des moyens employés jusqu'alors, déterminent à tenter une opération hardie et dangereuse, et qui ramenait quelques chances en faveur du malade. Il ne s'agissait de rien moins que d'aller ouvrir les parois abdominales pour procéder à la recherche d'un étranglement annoncé par tous les symptômes. La journée se passe dans un examen attentif du malade. La mort de ce malade paraît assurée, si une main habile et hardie ne cherche à lever l'obstacle qu'on croit reconnaître dans une portion du tube intestinal. Cette dernière réflexion l'emporte; l'opération est résolue, et remise au lendemain. Le 4 août, l'état du malade n'a point empiré; le pouls se soutient, les mouvemens ont conservé de la force et de la liberté; la douleur existe seulement dans la région iliaque droite : elle avait toujours été concentrée vers ce point. Le chirurgien en chef de la maison et le médecin de la salle pensant reconnaître dans le lieu douloureux une espèce d'empâtement et de fluctuation profonde, cette idée confirme en eux l'opinion que près de là se trouve la cause de la maladie. Cette circonstance de la concentration de la douleur dans un seul point pouvait servir de guide dans l'opération; dès-lors on serait sur le siège présumé de la maladie; mais on se trouvait sur le trajet de l'artère épigastrique, et les muscles abdominaux seraient coupés en travers; tandis qu'en pratiquant l'incision sur la ligne blanche parallèlement à l'axe du corps, on pouvait atteindre le lieu douloureux et on évitait les inconvéniens attachés au premier procédé. L'incision commencée près de l'ombilic fut prolongée trois pouces en dessous. Les intestins ne sortirent point par l'ouverture, ce qui fit penser qu'ils avaient contracté des adhérences avec les parois abdominales. Le chirurgien fit glisser le doigt indicateur de la main droite le long de la face postérieure de la paroi antérieure de l'abdomen jusqu'au cœcum.

Là, ayant rencontré une espèce de poche fermée par des adhérences récentes, il la déchira, et il sortit aussitôt par la plaie plusieurs cuillerées de pus floconneux semblable à celui fourni par la membrane séreuse. Le chirurgien promena ensuite son doigt dans les environs de l'anneau et déchira une seconde poche semblable à la première; il s'en écoula beaucoup de pus. Le chirurgien allait poursuivre ses recherches, mais le courage abandonna le malade. Forcé de céder aux instances du malade, le chirurgien pensa que, bien que non terminée, l'opération pourrait amener quelque amendement dans les symptômes, puisque des adhérences avaient été détruites, et que deux foyers de pus avaient été vidés. Dans le cas contraire, il se proposait de faire, le soir même, de nouvelles recherches, si les forces du malade le permettaient. La plaie fut pansée à plat. Pendant deux heures le malade n'eut plus de vomissemens; mais les hoquets persistèrent; les vomissemens reparurent ensuite, les forces tombèrent rapidement, le pouls devint insensible; il n'était plus possible de rien proposer; on ne fit rien, et le malade mourut pendant la nuit.

— *Nécropsie.* Intestins adhérens entr'eux et avec la paroi abdominale par de fausses membranes résistantes; foyers de pus circonscrits et dispersés çà et là entre les intestins, le foie et le diaphragme; bassin rempli de sérosité purulente, le rectum en est baigné. La surface externe des intestins grêles est rouge, leur volume est doublé; le gros intestin, au contraire, est rétréci et ne contient pas de matières fécales. L'épiploon, partant de la courbure du colon transverse, très-large supérieurement, se voûtait inférieurement en s'approchant du détroit supérieur du bassin et venait adhérer à la fin de l'iléon; il y adhérait depuis quatre ou cinq pouces avant sa réunion au cœcum, jusqu'à cet intestin, auquel il était encore fixé. Pour cette double adhérence, il s'étendait en forme de pale d'oie et formait deux espaces triangulaires adossés par leur sommet. Entre ces deux points d'insertion l'épiploon était fortement distendu; une anse d'intestin grêle, passée entre cette bride et le cœcum, descendait jusque dans le petit bassin. Toute la portion située au-dessus de l'épiploon était

distendue par des gaz et des matières fécales, tandis que celle qui se trouvait en dessous n'égalait pas en volume l'extrémité du petit doigt. L'épiploon avait en cet endroit rétréci et même oblitéré l'intestin par un véritable étranglement, au-dessus duquel les tuniques intestinales étaient gonflées et épaissies en bourrelet oblique, correspondant à l'impression de la bride épiploïque.

f. Des brides s'étendent quelquefois d'un des viscères abdominaux à un autre. *M. Rostan* a eu occasion d'en voir un cas : une des trompes utérines, dont l'extrémité flottante avait contracté une adhérence avec la paroi antérieure de l'abdomen, enveloppait deux fois une anse de l'iléon, formait ainsi un véritable nœud coulant et étranglait cet intestin.

g. L'épiploon peut se trouver perforé par une cause quelconque, et à travers la perforation il peut s'introduire une anse d'intestin.

h. La perforation du mésentère peut donner lieu au même accident.

De tous ces faits ne concluez pas que toutes les brides, développées comme nous venons de le dire, ou autrement encore, car nous n'avons point la prétention d'avoir énuméré toutes leurs formes, ne concluez pas, dis-je, que toutes ces brides doivent nécessairement donner lieu à un étranglement interne, à une occlusion des intestins. Souvent j'ai rencontré, dans le cours de mes dissections, des anses d'intestins fort longues flottant sous ces espèces de ponts sans y éprouver la moindre compression; mais une plus grande quantité d'intestins venant à s'y introduire, et des matières fécales s'y accumulant, s'y durcissant, auraient bien pu déterminer l'étranglement. Ceci pour prouver que si au passage d'une anse intestinale dans une bride accidentelle, formée aux dépens du péritoine ou d'une pseudo-membrane, on joint la stagnation avec endurcissement des matières fécales, on se fera une idée exacte de la manière dont s'opèrent ces oblitérations dans le plus grand nombre des cas. Bien que le gros intestin puisse être aussi étranglé par des brides, cet accident se remarque plus fréquemment sur l'intestin grêle : la raison de ceci se trouve

dans la grande mobilité de cet intestin et dans son petit volume , circonstances qui lui permettent de s'engager facilement dans les ouvertures qu'il rencontre. Les occlusions qui vont nous occuper dans l'article suivant ont, au contraire, bien plus souvent leur siège dans le gros intestin.

ARTICLE II.

Causes d'occlusion de l'intestin dues à l'intestin lui-même.

Ces causes sont fort nombreuses, et ont besoin d'être soumises à quelques subdivisions pour être exposées avec le moins de confusion possible.

§ 1^{er}. *Invaginations.* Toutes les portions de l'intestin grêle, à partir du duodénum jusqu'au cœcum, flottent en quelque sorte librement dans l'abdomen, parce que le point d'attache que leur fournit le mésentère est très-lâche : aussi est-il bien rare de trouver sur deux cadavres la même disposition des intestins ; tantôt leurs circonvolutions sont contournées sur elles-mêmes diversement, tantôt les supérieures deviennent les inférieures, etc. Une aussi grande mobilité facilite beaucoup l'invagination, c'est-à-dire l'introduction d'une portion d'intestin dans une autre portion. Ce phénomène, extrêmement fréquent, dû souvent à un mouvement spasmodique désordonné des intestins, n'entraîne après lui, dans beaucoup de cas, aucun désordre fonctionnel appréciable ; souvent on remarque des invaginations de l'intestin grêle de plusieurs pouces, sans qu'elles aient été annoncées par aucun symptôme pendant la vie. On peut se rendre raison de ce fait de deux manières différentes : d'abord il est possible que ces invaginations ne surviennent que pendant l'agonie ou même après la mort, car on sait que les intestins s'agitent encore long-temps après la mort de l'individu ; en second lieu, comme ces invaginations se rencontrent le plus souvent sur des individus qui ont succombé dans le marasme à la suite de maladies chroniques, il est facile de conce-

voir que les individus mangeant peu , se nourrissant presque exclusivement de liquides , le calibre de l'intestin , quoique beaucoup rétréci par le fait même de l'invagination , peut cependant encore donner passage aux matières excrémentitielles.

Les invaginations qui se font par l'introduction de la dernière portion de l'iléon dans le cœcum sont plus rares , mais bien autrement graves que celles qui viennent de nous occuper ; elles sont presque toujours suivies d'étranglement et d'occlusion des intestins ; la valvule iléo-cœcale , irritée par la présence de l'iléon , se gonfle , se tuméfie , comprime et oblitère l'intestin invaginé , qui , à son tour , s'enflamme , se gangrène et se perfore , ou se détache dans toute sa circonférence. M. *Chomel*, dans ses leçons de clinique du mois de novembre 1829 , rapporta quelques exemples de ce genre à l'occasion de deux malades couchées dans ses salles , et dont nous citons les observations. Au n°. 1^{er}. de la salle des femmes , service de M. *Chomel*, fut reçue une femme âgée de quarante ans , le 7 novembre 1829. Depuis six ans , époque de sa dernière couche , elle éprouvait de temps en temps , dans la région iliaque droite , des douleurs qui lui arrachaient des cris aigus , et l'obligeaient à se rouler sur son lit et parfois même sur le carreau : ces douleurs apparaissaient sans qu'elle sût trop pourquoi. Elle n'en trouvait la cause ni dans son genre de travail (elle est cardeuse de matelas) , ni dans des efforts , ni dans l'ingestion d'alimens abondans ou malsains ; seulement elle avait remarqué que ces douleurs se réveillaient de préférence avec l'époque de ses règles. On ne voit dans la région iliaque aucune tumeur , aucun changement de couleur à la peau. Elle n'a ni vomissemens , ni hoquets ; la douleur augmente sous la pression ; les selles sont libres. (Trente sangsues sont appliquées sur la région douloureuse , et des cataplasmes ; on donne des boissons émollientes et des potages.) Cette médication fit disparaître la douleur. La malade se trouvait bien , et devait sortir le 14 ; mais , ce jour-là , tout a changé de face. En approchant de la malade on est frappé de l'odeur infecte qu'exhale sa bouche , sa physionomie exprime la souffrance et la crainte ; son pouls est faible ,

petit et serré; sa peau est froide, surtout dans la région abdominale, qui est douloureuse et ballonnée dans tous les points. Elle a des vomissemens abondans de matières fécales verdâtres, pultacées; il n'y a point de selles. Si on veut palper le ventre, on détermine d'atroces douleurs. Ces phénomènes ne peuvent être dus qu'à une occlusion des intestins : mais quelle en est la nature, c'est ce qu'on ne saurait affirmer. La malade dit que les symptômes se sont déclarés à la suite d'un coup de poing qu'elle reçut sur le ventre; mais cela n'éclaire pas beaucoup le diagnostic. La malade, comme nous l'avons vu plus haut, a déjà plusieurs fois éprouvé de violentes coliques avec constipation, dont elle ne se guérissait qu'en se roulant plusieurs heures sur le pavé : il est probable qu'il y avait là un étranglement incomplet, que cette fois il y a occlusion parfaite. (Limonade glacée, eau de Seltz avec sirop tartareux, glace sur la région iliaque.) Le 15, les symptômes s'aggravent; les extrémités et le ventre sont froids, tout le corps est couvert d'une sueur visqueuse; les hoquets, les nausées et les vomissemens sont plus fréquens. On a donné dans la journée des lavemens qui ont été rendus sans matières. Le pouls est très-faible, et la malade est tourmentée par la crainte de la mort. (Bols de jalap, limonade glacée, eau de Seltz avec sirop tartareux, glace sur le ventre, lav. glacés.) Le 16, même état. (Même prescrit.) Le 17, il y a eu plusieurs selles liquides et d'une horrible fétidité; la face n'est plus grippée; le pouls est à l'état normal; les extrémités sont chaudes, le ventre est souple et peu douloureux. (Eau de Seltz avec sirop tartareux, lav. émol., catap. sur le ventre.) Les jours suivans le mieux persista, et la malade sortit, bien guérie, le 23. Faut-il croire cette malade radicalement guérie? La chose est peu probable. Rien, en effet, ne nous prouve que la cause qui donnait lieu de temps en temps à ses coliques et à sa constipation ait été détruite; et si la cause persiste, que ce soit une bride étranglant les intestins, ou peut-être une invagination; si, dis-je, la cause persiste, elle pourra reproduire les mêmes effets.

L'observation suivante, sur une autre occlusion des intestins, paraît

plus évidemment dépendre d'une invagination , quoique la chose ne soit pas prouvée. Catherine Laminet , âgée de seize ans , demeurant à Paris , n'ayant jamais été malade , n'étant pas encore réglée , fut prise , le 2 juin 1829 , de fortes coliques et de vomissemens , avec une constipation très-opiniâtre. Les coliques , dit-elle , partaient du côté droit et s'irradiaient dans tout le ventre. On lui fit prendre des tisanes de décoction de têtes de pavôts , des lavemens auxquels on ajoutait de l'huile ; on fit sur le ventre des applications de sangsues. Ces symptômes reparaissaient toutes les trois semaines à peu-près : on leur opposait la même médication , qui , à la fin , devenait insuffisante , ce qui engagea la malade à entrer à la Charité , le 2 septembre 1829. Sa physionomie , bien qu'exprimant la douleur , n'était point très-altérée. Elle conservait un embonpoint médiocre. Sur le ventre , dans la région lombaire droite , on sentait une tumeur située au niveau de l'épine antérieure et supérieure de l'os des iles , remontant jusqu'au bord antérieur du foie , en suivant la direction de la portion ascendante du colon ; elle était mobile , dure , inégale , bosselée , sensible sous la pression au point de départ des douleurs dont la malade se plaignait. Ses selles sont régulières ; ses vomissemens , qui se répètent plusieurs fois par jour , se composent de matières liquides mêlées aux matières alimentaires. Il n'y avait aucun trouble dans les fonctions circulatoires et respiratoires. On lui donna de légers purgatifs et on soutint son alimentation. Le 22 septembre , pendant la nuit , elle fut prise de coliques bien plus vives que de coutume , elle eut des vomissemens très-abondans de matières fécales : le ventre se durcit , se ballonna. Les circonvolutions des intestins , distendues par des gaz , se dessinaient sous les parois de l'abdomen. Le ventre était sensible sous la pression ; la physionomie exprimait la stupeur et la consternation ; le pouls était faible , concentré , filiforme , la voix plaintive. Les antécédens et les symptômes présens firent présumer une occlusion des intestins dépendante d'une invagination du cœcum dans le colon. (On la mit à la diète , on lui donna des boissons mucilagineuses acidulées. On lui administra des lavemens d'eau à la glace , douze par

jour, trois ou quatre à la suite les uns des autres, afin de remplir et de dilater le gros intestin ; on appliqua sur le ventre une vessie contenant de la glace.) Par le fait de cette médication les selles, suspendues depuis plusieurs jours, reprirent leur cours, les vomissemens cessèrent, le ventre revint à son volume ordinaire. Bientôt la malade put reprendre de légers alimens ; quand il survenait des vomissemens, des lavemens les faisaient cesser. Les coliques ont disparu, mais la tumeur persiste sans diminution notable dans son volume.

On lit dans un fort bon mémoire sur les invaginations, publié par M. *Dance*, dans le Répertoire d'anatomie et physiologie pathologiques et de clinique, 1826, tome 1^{er}, des observations fort curieuses. Dans l'une de ces observations, dont Chavérial Claude est le sujet, l'occlusion des intestins, formée par une invagination, fut méconnue pendant la vie et traitée comme une gastro-entérite ; le malade succomba au bout de plusieurs jours, avec tous les signes de l'occlusion des intestins. On trouva une invagination de la fin de l'intestin grêle, du cœcum, des portions ascendantes et transverses dans la portion descendante du colon : de telle sorte que le cœcum, qui terminait l'invagination, se trouvait dans la courbure sigmoïde du colon. Des perforations gangréneuses avaient donné lieu à une péritonite mortelle.

On peut lire, dans le mémoire de M. le professeur *Cayol* sur une terminaison particulière de la gangrène dans les hernies, placé à la suite de la traduction du Traité pratique des hernies, par *A. Scarpa*, une observation d'une invagination double chez un enfant, dans laquelle le cœcum, qui avait quitté la région iliaque et avait reçu dans son intérieur les portions ascendantes et transverses du colon, s'était invaginé à son tour avec la masse intestinale qu'il contenait dans la portion descendante du colon.

M. *Bouley*, médecin vétérinaire, rapporte une observation pareille recueillie sur un cheval. (Journal de médecine vétérinaire et comparée, cahier du mois d'avril 1827.)

Il est facile de se faire une idée du rapport des parties dans les invaginations. Il y a trois calibres d'intestins superposés : 1°. un est cen-

tral, et se continue avec les portions de l'intestin supérieures à l'invagination ; 2°. un autre est médian ; 3°. le dernier est extérieur, reçoit les deux autres, et se continue avec les portions d'intestin inférieures à l'invagination. Au centre est une membrane muqueuse ; plus en dehors sont deux surfaces séreuses adossées, entre lesquelles peuvent se former des épanchemens et des adhérences ; plus en dehors encore, deux surfaces muqueuses appliquées l'une contre l'autre.

Il est encore des invaginations d'un autre genre qui produisent l'occlusion des intestins : ce sont celles qui s'opèrent par l'anus. On les rencontre chez les enfans, ou chez d'autres individus dont les liens du rectum sont devenus assez lâches pour permettre à cet organe de quitter la place qui lui est normalement assignée. *Hévin* fit voir à l'ancienne Académie de médecine un cas pathologique de cette espèce. *Fabrice d'Aquapendente* observa un cas duquel il dit : *Ani procidentia ita longa erat, ut cubiti mensuram æquaret, atque ita crassa, ut ambos cubitos simul junctos mentiretur.*

Dans les anus contre-nature anciens, une pareille invagination peut encore s'opérer : on en trouve deux exemples dans le 1^{er}. vol. du Journal de chirurgie de *Desault*, p. 186 et suiv. *Desault* fut assez heureux pour guérir une de ces invaginations datant de quatre ans, par une compression méthodiquement exercée. Le même moyen échoua sur le sujet de la seconde observation.

§ II. *Autre forme d'étranglement interne à la suite de l'établissement d'un anus contre-nature.* J'ignore si ces étranglemens sont fréquens ; mais j'en ai observé un cas, et je vais le rapporter. Une femme, âgée de trente-six ans, de petite stature, d'une constitution fort délicate, dans un état de maigreur extrême, entra dès le commencement de l'hiver à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Côme, pour y être traitée d'une hernie crurale étranglée qu'elle portait depuis trois jours, et qui avait paru dans un effort qu'elle faisait pour soulever un matelas. Le quatrième jour, la tumeur, du volume d'un œuf de poule, située dans l'aîne gauche, d'un rouge violet, pâteuse, fluctuante, crépitante, etc.,

et tous les symptômes des étranglemens herniaires décidèrent à l'incision; le sac et l'intestin, trouvés gangrénés, furent largement incisés. La malade, convenablement traitée, paraissait toucher à sa guérison complète; il ne se faisait plus qu'un léger suintement par la plaie. Le quatre-vingt-quatrième jour après l'opération, la malade mangea une grande quantité de haricots; trois heures après elle fut prise de violentes coliques, avec borborygmes et fièvre. On leva l'appareil, on chercha à faire pénétrer une sonde dans le bout supérieur de l'intestin, mais elle s'engagea constamment dans le bout inférieur. Les coliques augmentent d'intensité, le ventre se ballonne; à travers ses parois se dessinent les circonvolutions des intestins; la malade se roule dans son lit, fait de vains et fréquens efforts pour aller à la garde-robe; son teint jaunit, sa face s'altère et exprime la souffrance; il y a des vomissemens de matières fécales; la malade est continuellement tourmentée par des rapports d'une grande fétidité. (On fait sur l'abdomen une application de sangsues; on prescrit un bain et des fomentations émollientes sur le ventre.) Le lendemain les vomissemens avaient cessé, le ventre était encore ballonné, le poulx était filiforme, lent; les douleurs ont beaucoup diminué; la malade ne se roule plus dans son lit; mais ne vous fiez point à ce calme apparent, c'est le précurseur de la mort. Déjà les membres sont froids, le corps est couvert d'une sueur visqueuse, la parole est éteinte, la vie cesse. — *Autopsie vingt-quatre heures après la mort.* Les viscères cérébraux et thoraciques n'offrent rien que nous devons noter. — *Abdomen.* Le péritoine est uniformément rouge, surtout dans les parties qui tapissent les intestins; sa cavité renferme environ une pinte d'une sérosité lactescente troublée par des matières fécales en petite quantité. Le duodénum et tout l'intestin grêle, jusqu'à un pied du cœcum, lieu où l'anus contre-nature s'était ouvert, sont énormément dilatés. Le reste des intestins n'offre rien de remarquable. Les lèvres de l'anus contre-nature ayant contracté une adhérence solide avec la paroi abdominale, il en résulte que le bout supérieur a formé une espèce d'arc divisant le bassin en deux moitiés inégales, et toute la masse dilatée des intestins

grêles s'étant placée dans la portion gauche du bassin , a dévié le bout inférieur , de sorte qu'il est placé devant le bout supérieur et tordu sur lui à la manière d'une corde. C'est de cette disposition que provenait l'impossibilité d'introduire une sonde dans le bout supérieur de l'intestin. Sur la portion membraneuse de l'entonnoir existait une petite perforation par où s'étaient échappées les matières fécales.

§ III. Il est des circonstances où une anse d'intestin contracte des adhérences par ses deux extrémités , et permet ainsi à une masse intestinale de s'y engager, et par suite d'y éprouver un étranglement. M. *Gendron*, docteur médecin au château du Loir, publia dans les Archives générales de médecine, t. 8, pag. 494, l'observation d'un enfant né à terme, et qui mourut au dixième mois après des diarrhées abondantes succédant à une constipation et à des vomissemens opiniâtres. A l'autopsie, on trouve que le péritoine est enflammé, que le duodénum passe par-dessus le colon transverse et forme autour de cet intestin une anse qui semble soulever et tirer en haut le cœcum, placé ainsi bien au-dessus de la fosse iliaque. L'intestin grêle, après avoir décrit plusieurs circonvolutions entre le cœcum et le colon descendant, présente à droite et au-dessus du cœcum un double étranglement formé par le mésentère.

§ IV. Les parois de l'intestin venant à se perforer par une cause quelconque, une portion d'intestin peut s'invaginer par cette perforation. M. *Martin Solon* en a publié une bien belle observation dans les Bulletins de la Société médicale d'émulation pour l'année 1822. Une invagination avait eu lieu; la paroi externe s'était perforée par gangrène, la portion invaginée s'était échappée par la perforation, dont les bords tuméfiés lui faisaient subir un étranglement.

§ V. L'appendice iléo-cœcale et les diverticules qu'on trouve sur les intestins acquièrent quelquefois une longueur considérable, se tortillent autour des intestins et produisent quelquefois des étran-

glements. Quelquefois ils adhèrent à un point de l'abdomen par leur extrémité libre, et constituent des ponts analogues à ceux qui résultent de l'inflammation du péritoine.

§ VI. *Occlusion des intestins par altération de nutrition de leurs parois.* Ces altérations peuvent avoir lieu sur les divers tissus qui composent les intestins.

a. La membrane muqueuse gastro-intestinale est susceptible de beaucoup d'altérations; notons seulement celles qui ont trait à notre sujet. Il ne faut pas avoir ouvert beaucoup de cadavres pour avoir eu plusieurs fois occasion de rencontrer, soit dans les intestins, soit dans l'estomac, des tumeurs en nombre et en volume variables, prenant naissance dans l'épaisseur même de la muqueuse par suite d'une plus grande activité locale de nutrition. Je voudrais pouvoir transcrire ici tout entière une observation de M. *Jules Cloquet*. La femme qui en est le sujet était enceinte, âgée de trente-cinq ans, morte d'une inflammation de l'iléon, suite d'une invagination de treize à quatorze pouces, laquelle avait été déterminée par un polype pédiculé, naissant sur la face interne de la muqueuse, et qui, poussé par les contractions intestinales, peut-être même par la colonne des matières fécales, avait entraîné les intestins à sa suite. Il y a environ dix ans, dit M. le professeur *Chomel*, dans une de ses leçons cliniques, novembre 1829, une jeune femme se présenta à mon observation avec tous les signes d'un étranglement interne; la mort survint, et on trouva vers la fin de l'iléon une invagination de plusieurs pouces; au bout inférieur de l'invagination était une tumeur polypeuse oblitérant complètement le canal.

Rien de plus variable, du reste, que la forme de ces diverses excroissances, et, pour ne parler que des plus fréquentes, qui pourrait se flatter d'avoir une idée exacte de toutes les formes qu'affectent les végétations syphilitiques, qui pullulent en si grand nombre à l'orifice externe de l'anus chez ces malheureux vénériens, souvent exposés aux suites désastreuses du cancer. Sur un jeune homme mort à la

Charité, et dont je ne vis que le cadavre, dit M. *Andral* (Précis d'anatomie pathologique), nous remarquâmes à la surface interne de l'estomac, vers le pylore, une végétation volumineuse semblable à un champignon; vers le point d'union du jéjunum avec l'iléon existait une seconde végétation semblable à la première; enfin, un peu au-dessus du cœcum, apparaissait une troisième tumeur ressemblant aux deux autres pour la forme et la texture.

Ces tumeurs, soit qu'elles provoquent l'invagination, soit qu'elles acquièrent un volume assez considérable pour oblitérer complètement les intestins, nous paraissent une cause d'occlusion des intestins au-dessus des ressources de l'art. Ces diverses excroissances de la membrane muqueuse ont reçu, suivant leurs formes, les noms de *végétations*, de *fungus*, de *polypes*, de *cancer*. Ce ne sont que des hypertrophies, comme le prouve leur examen anatomique; mais leurs différens degrés de consistance, de couleur, de vascularité, etc., leur ont valu des noms différens. Nous ne devons donc point passer en revue chacune de ces formes comme propre à déterminer la maladie qui nous occupe.

b. Hypertrophie du tissu cellulaire sous muqueux du tube digestif comme cause de l'occlusion des intestins. Il n'est pas rare de voir survenir l'hypertrophie du tissu cellulaire sous muqueux du tube digestif. Cette hypertrophie est quelquefois locale, et constitue le squirrhe; on sait combien est fréquente cette altération au voisinage du pylore, et les suites funestes qui en sont la conséquence. Cette hypertrophie est beaucoup plus rare dans le tissu cellulaire de l'intestin grêle; on l'y trouve pourtant sous forme de tumeur, borné à l'un des points de l'intestin ou bien en occupant tout le pourtour. C'est dans ce dernier cas que le passage des matières fécales devient difficile; souvent alors, bien que la lésion soit constante, on observe une véritable intermittence dans les symptômes, qui annoncent un obstacle au cours des matières. Après plusieurs mois d'une constipation opiniâtre, pendant lesquels se sont manifestés, à plusieurs re-

prises, tous les accidens de l'occlusion; il peut arriver que les selles redeviennent libres; cependant les accidens se renouvellent, ils sont chaque fois plus graves, et c'est au milieu de ces accidens qu'on voit succomber les malheureux atteints de cette maladie.

On peut se rendre compte de ces singulières intermittences; en effet, la tumeur constituée par l'hypertrophie du tissu cellulaire ne fait que diminuer le calibre de l'intestin, sans en oblitérer entièrement la cavité; et l'oblitération complète, qui détermine les accidens, n'est que le résultat de la tuméfaction momentanée de la portion de muqueuse qui recouvre le tissu cellulaire hypertrophié.

On retrouve la même hypertrophie dans le gros intestin, surtout vers le rectum. Je vais en rapporter un cas que j'ai pu observer moi-même. Une femme, âgée de trente-huit ans, entrée à la salle Sainte-Martine de l'Hôtel-Dieu, vers la fin de février 1829, pour se faire traiter d'une bronchite aiguë, était sur le point de sortir, lors que la nuit, sans cause connue, sans avoir mangé la veille plus que de coutume, elle fut prise de coliques atroces: il lui semblait, disait-elle, que ses entrailles se déchiraient. Des vomissemens ont lieu; elle est très-incommodée par des rapports fétides; le ventre se tuméfie et devient très-douloureux; elle n'ose plus se mouvoir, dans la crainte d'augmenter ses douleurs; bientôt elle tombe dans une prostration extrême; la douleur l'accable par son intensité. A la visite, on lui trouve la face décomposée, la langue sèche et fuligineuse, l'haleine fétide, tout le ventre douloureux; son pouls est faible, ses extrémités froides, la respiration lente et suspicieuse; la prostration est complète, les mouvemens ont cessé. (Limonade à la glace, fomentations sur le ventre, lavemens purgatifs, deux onces d'huile de ricin.) Le jour suivant, on voit que la médication n'a produit aucun effet appréciable; la malade a le râle de l'agonie; elle meurt à midi. — *Autopsie vingt-quatre heures après la mort.* — *Abdomen.* L'estomac et le duodénum n'offraient rien de particulier. Le péritoine ne parut pas enflammé; le jéjunum, l'iléon et une grande partie des gros intestins étaient distendus par une grande quantité de

gaz et de matières fécales liquides , d'un jaune verdâtre. A l'union de l'S iliaque du colon avec le rectum existait un rétrécissement long de deux pouces , on pouvait à peine y introduire un stylet de médiocre volume ; au-dessus existait une grande dilatation pleine de matières fécales durcies. En fendant la portion rétrécie , on entendait crier le scalpel comme quand il coupe un tissu fibreux ; on voyait la muqueuse rouge , boursoufflée , ulcérée dans quelques points. La tunique cellulaire était épaisse , dure , difficile à couper. La musculuse et la séreuse n'étaient point altérées.

Le tissu cellulaire ne s'hypertrophie en aucun point des intestins plus fréquemment que sous la muqueuse du rectum ; il en résulte une des variétés nombreuses de l'altération complexe qu'on a désignée sous le nom de *cancer du rectum*. Grâce aux progrès récents de la chirurgie , cette affection n'est plus constamment mortelle.

c. Pour terminer cet article , il ne nous reste plus à parler que de la contraction insolite des intestins dans un point de leur étendue ; contraction portée au point de s'opposer au passage des matières fécales , et même des gaz stercoraux. Sur un assez bon nombre de cadavres , on trouve une longue portion d'intestin distendue par des gaz , et on arrive à un point rétréci au-dessous duquel il n'y a plus de dilatation ; mais cet intestin ne paraît être le siège d'aucune altération de tissu. Comment se produit cette contraction des intestins ? Je n'en sais rien ; mais je l'ai rencontrée plusieurs fois.

ARTICLE III.

Occlusion des intestins produite par la présence d'un corps étranger dans la cavité des intestins.

1°. Les cas d'occlusion des intestins produite par la présence d'un corps étranger dans la cavité des intestins sont rares , on en trouve pourtant des observations dans les différens journaux de médecine. Ces corps étrangers se rencontrent plus fréquemment chez les ani-

maux recouverts de poils , qui ont l'habitude de se lécher , et qui entraînent , dans cette manœuvre , des poils qui se réunissent , à l'aide d'une espèce de mucus épais , et forment ainsi des masses (égagropiles) plus ou moins volumineuses. Dans le Bulletin des sciences médicales pour l'année 1824 , on rapporte qu'un veau d'un an mourut dans le marasme , et qu'à son ouverture on trouva dans le rumen , près de l'orifice œsophagien , un égagropile qui s'opposait à l'acte de la rumination.

M. *Andral* , à qui je dois tant pour les matériaux de cette thèse que j'ai pris dans son Précis d'Anatomie pathologique , alors qu'il traitait dans son Cours d'hygiène de l'influence des alimens , a fait remarquer qu'en Écosse , où on se nourrit de pain mal préparé , des débris de végétaux non rompus et réfractaires à la puissance digestive s'arrêtent dans le canal intestinal et y forment le noyau d'une concrétion qui parfois devient assez volumineuse pour déterminer des accidens. M. *Breschet* présenta à la Société philomatique un calcul qu'on avait extrait en faisant une légère incision au rectum ; il offrait la même composition que les productions dont nous venons de parler.

2°. Les matières fécales , surtout chez les vieillards , s'accumulent quelquefois dans le rectum , qu'elles distendent peu à peu , et y acquièrent une dureté et un volume tels , que si on ne les extrait par un moyen mécanique , elles ne sortiront jamais , et pourront , au bout d'un temps variable , donner lieu à tous les phénomènes de l'occlusion : ces cas sont trop fréquens pour qu'il soit besoin d'en rapporter des exemples.

3°. Dans les archives de médecine , tom. 14 , on lit , qu'un jeune enfant maigre , vomissant continuellement , offrant dans l'hypochondre droit une tumeur qui semblait appartenir au foie , ayant succombé , on trouva à l'union de la portion ascendante avec la portion transverse du colon une concrétion calculeuse qui en distendait la cavité , longue de six pouces , pesant douze onces , et formée de trois fragmens.

Dans le deuxième volume du même ouvrage , on rapporte l'obser-

vation d'un jeune homme qui mangea une grande quantité de prunes avec leurs noyaux, et succomba à de vives douleurs accompagnées de diarrhée. On trouva dans l'intestin grêle trois concrétions calculeuses, et plus bas, près de la valvule iléo-cœcale, une quatrième concrétion, au centre de laquelle était un noyau de prune. Même ouvrage, tom. 12, on lit, qu'une femme âgée de cinquante ans éprouva tous les symptômes d'un étranglement interne avec une vive douleur dans l'hypochondre droit; qu'elle rendit, par la voie des selles, trois calculs du volume d'une châtaigne, et que sa santé se rétablit aussitôt.

ARTICLE IV.

Pour terminer ce qui a rapport aux causes de l'occlusion des intestins, nous dirons un mot des oblitérations congéniales du tube digestif. Alors qu'elles ont lieu à la fin du rectum et qu'elles ne résultent que de la non perforation de cet intestin, on peut assez facilement ouvrir cet intestin, qui fait souvent saillie au périnée, avec un bistouri à lame étroite, en faisant une ponction en avant du coccyx. Malheureusement ces oblitérations ne sont point toujours placées aussi bas. M. *Baron* présenta, à la séance de l'Académie royale de médecine, du 11 avril 1826, le canal digestif d'un enfant qui n'avait vécu que trois jours; il avait continuellement vomi des matières jaunes, et n'avait rien rendu par l'anus. A l'ouverture, on vit le duodénum très-dilaté et terminé en cul-de-sac, complètement oblitéré à l'endroit où il communique avec l'intestin grêle; ce dernier formait un canal fort étroit, du volume de l'urètre, et se terminait, dans le cœcum, par un petit renflement circulaire saillant d'environ deux lignes. Les cas de cette nature sont évidemment au-dessus des ressources de l'art.

Ayant exposé avec détails les causes de l'occlusion des intestins sans complication de hernie, et y ayant joint bon nombre d'observations, ce qui nous reste à dire des symptômes, de la marche, etc., de la maladie, ne sera qu'une analyse des faits avancés.

CHAPITRE III.

Symptômes.

LES dispositions anatomiques que nous avons signalées existant, sous l'influence d'un coup ou d'une chute sur le ventre, d'un repas trop copieux, de l'ingestion dans l'estomac de substances alcooliques, de matières réfractaires à l'action des organes digestifs, en un mot, à l'occasion d'une cause capable d'irriter la muqueuse digestive, souvent aussi sans cause appréciable, on voit se déclarer les phénomènes qui caractérisent l'occlusion des intestins. Il se manifeste une douleur violente dans un point circonscrit du ventre, au siège de l'occlusion, accompagnée le plus souvent d'un sentiment de chaleur brûlante; elle augmente peu à peu, présente souvent des exaspérations bien tranchées, offre même quelquefois une véritable intermittence, ce qui fait que les malades comparent ces douleurs à des coliques. Cette douleur s'accroît par la pression, et arrive souvent à un tel degré d'intensité, qu'elle force les malade à se rouler dans leur lit, à pousser des cris perçans, et à se jeter sur le pavé, dont la fraîcheur semble leur procurer quelque soulagement. Bientôt la douleur se répand dans tous les points de l'abdomen, et alors, soit qu'en effet elle ait perdu de son intensité; soit, ce qui est plus probable, qu'elle ait déjà porté une atteinte profonde au système nerveux, le malade paraît ne plus souffrir autant. Cependant le ventre se tuméfie, tantôt dans le lieu qui est le point de départ de la maladie, et alors on y sent une tumeur douloureuse et rénitente; tantôt il se ballonne, et à travers ses parois se dessinent les circonvolutions intestinales, depuis le lieu primitivement affecté jusqu'à l'estomac. Une constipation opiniâtre, à laquelle le malade attache peu d'importance, dans un grand nombre de cas a précédé la maladie de plusieurs jours; elle est telle qu'elle ne cède pas aux lavemens : ajoutons que souvent on éprouve la plus grande difficulté à faire pénétrer le lavement dans

le rectum , et que la chose devient parfois tout à fait impossible. Dès le début de la douleur, quelquefois avant, le plus communément quelques heures après , il survient des éructations gazeuses , des nausées , des vomissemens, qui sont plus ou moins fréquens : dans ces vomissemens sont rejetées d'abord les matières contenues dans l'estomac, puis des mucosités verdâtres où la bile paraît en assez grande quantité, enfin des matières fécales, dont le passage laisse dans la bouche des malades une odeur d'une fétidité repoussante.

Une altération aussi grave ne saurait exister sans amener une grande perturbation dans l'organisme. La face est pâle, jaunâtre le plus souvent, rarement injectée, mais toujours exprimant la souffrance et la perte des forces. Dans le début nous avons vu une grande agitation, vers la fin de la maladie nous remarquerons une prostration extrême. La bouche est sèche, la langue et les dents sont recouvertes d'une matière fuligineuse; il y a soif ardente, respiration suspicieuse; pouls petit, serré, fréquent. Au début, la peau est sèche et brûlante, mais dans les exaspérations elle se refroidit, surtout vers les extrémités et sur le ventre; au terme de la maladie elle est couverte d'une sueur froide et visqueuse. Les phénomènes intellectuels ne paraissent point troublés; et ce qui rend plus affligeante la position du malade, c'est qu'il peut observer la marche de la maladie et en mesurer tout le danger.

CHAPITRE IV.

Marche et durée.

La marche de cette maladie varie beaucoup; en général elle est moins rapide que celle des étranglemens qui ont lieu dans les hernies. Nous avons pourtant rapporté des cas où la mort est arrivée dans les quarante-huit heures. Quelquefois la maladie s'annonce par des douleurs vagues, qui la précèdent de plusieurs jours ou de plusieurs semaines; d'autres fois elle se déclare brusquement. Elle est continue; et, dans ce cas, elle ne dure que peu de jours; ou bien elle offre des

exacerbations , de véritables intermittences de durée fort variable , dont l'histoire de la maladie du célèbre tragédien Talma , retracée par M. *Bielt* , dans les Archives générales de médecine , page 110 , nous offre un exemple bien digne de remarque. On peut établir en principe général que ces exaspérations sont dues à l'administration intempestive de vomitifs ou de purgatifs irritans , *énergiques* , comme on dit ; tandis que les rémissions sont dues , le plus souvent , à une médication émolliente , adoucissante , antiphlogistique. Ainsi , on observe une alternative de douleur et de calme , qui peut se prolonger plusieurs semaines et plusieurs mois , pour se terminer comme nous allons le dire.

CHAPITRE V.

Bien que la mort soit la terminaison la plus fréquente de cette terrible maladie , et que la plupart des malades , comme l'ont dit *Hippocrate* et *Galien* , alors qu'ils vomissent des matières fécales soient voués à une mort presque certaine , il y a pourtant beaucoup d'observations constatant le retour à la santé après l'occlusion des intestins. C'est surtout dans les cas d'invagination que les preuves se rencontrent en foule. M. le professeur *Cruveilhier* montra , à la Société de la Faculté de médecine de Paris , une anse intestinal de dix-huit pouces de long , à laquelle tenait une portion du mésentère. M. *Duméril* fit voir une pièce semblable à l'Académie royale de médecine. Dans ces deux cas , les malades offrirent tous les signes de l'étranglement avant l'expulsion de cette portion d'intestin , qui fut suivie immédiatement du retour à la santé. On en trouve de nombreux exemples dans les Mémoires de l'Académie de chirurgie ; dans les Actes des curieux de la nature , t. 4 ; dans le Mémoire que M. *Cayol* a ajouté au Traité des hernies de *Scarpa*.

Dans une occlusion des intestins , dont la cause est inconnue , rapportée avec beaucoup de détails dans une thèse soutenue en 189 , par M. *Maunoury* , on voit que le malade , au huitième jour de l'invasion de la maladie , offrant tous les signes d'une mort prochaine , ren-

dit avec un demi-lavement une grande quantité de matières fécales, et se rétablit en peu de temps. Nous avons cité l'histoire d'une femme qui, éprouvant tous les symptômes d'une occlusion des intestins, rendit un calcul biliaire, et fut guérie à l'instant même.

Qu'arrive-t-il dans tous ces cas? Si c'est un corps étranger qui s'oppose au cours des matières fécales, les intestins cessant de se contracter spasmodiquement sur lui, ce corps est expulsé par les contractions péristaltiques des intestins. Si c'est une bride qui étrangle l'intestin, elle peut être rompue par le développement de celui-ci, ou l'intestin peut encore se dégager de l'anneau qu'elle lui formait. Mais c'est surtout dans les cas d'invagination que le mécanisme de la guérison est digne de remarque. Par le fait de l'invagination, nous l'avons déjà dit, ou mieux, répété après d'autres, deux portions de la séreuse intestinale se trouvent en contact, son comprimées, irritées, enflammées, contractent une adhérence réciproque; et la portion d'intestin invaginée, détachée par la gangrène, est rendue par la voie des selles sans que la continuité du tube digestif soit interrompue.

CHAPITRE VI.

Diagnostic.

En jetant un coup-d'œil sur les symptômes de l'occlusion des intestins, que nous avons retracés plus haut très-succinctement, on voit qu'il est facile de la confondre, au début, avec d'autres maladies des organes renfermés dans l'abdomen : ainsi, une ovarite, une inflammation d'une partie du tissu cellulaire du bassin, une inflammation circonscrite du péritoine, un calcul engagé dans un des uretères, etc., pourraient, au premier aspect, jeter du doute dans l'esprit du médecin ; mais bientôt apparaissent les vomissemens stercoraux propres à l'occlusion des intestins, alors toute incertitude est levée. Les vomissemens de cette nature se rencontrent aussi dans les hernies étranglées, mais, ici, il y a l'existence d'une tumeur, les signes d'une hernie,

qu'on ne trouve pas dans l'occlusion des intestins par cause interne. S'il est en général assez facile de reconnaître cette maladie, il est difficile, et même presque toujours impossible de déterminer la nature de la cause qui produit cette oblitération. Tout ce que nous avons trouvé dans les auteurs comme devant, suivant eux, servir à établir le diagnostic différentiel des différens genre d'étranglemens et d'occlusion des intestins, nous paraissant trop sujet à contestation, nous n'en reproduirons rien ici. Dans quelques cas, fort rares, des circonstances commémoratives peuvent faire présumer la nature du mal; mais ces circonstances variant à l'infini, nous ne saurions les indiquer.

CHAPITRE VII.

Prognostic.

Si on réfléchit à l'incertitude où le médecin reste sur la nature précise de cette maladie, au peu d'efficacité qu'ont eu les secours de l'art dans le plus grand nombre des cas, à la quantité prodigieuse des malheureux qui ont été victimes de ce mal cruel opposée au petit nombre de ceux qui ont guéri par le bénéfice de la nature, on portera toujours sur cette maladie un pronostic grave; et, bien qu'on puisse espérer la guérison jusqu'au moment de la mort, il ne faut jamais se flatter de l'obtenir, il faut flotter entre la crainte et l'espoir.

S'étant fait de pareilles idées sur la nature de la maladie, il me semble qu'on ne peut jamais apporter trop de prudence et de réserve dans le traitement.

CHAPITRE VIII.

Traitement.

Nous n'en finirions pas, si nous voulions rapporter ici tous les moyens qui ont été employés dans le traitement de l'occlusion des in-

testins ; beaucoup ont disparu de nos formullaires , pour le bonheur de l'humanité. Il en est un certain nombre que nous rapporterons , parce qu'ils sont encore proposés par quelque médecins ; et nous terminerons par un mode de traitement que nous croyons sans danger , applicable dans beaucoup de cas ; ajoutant toutefois que son principal avantage est de n'avoir point d'inconvéniens , et non pas de guérir tous les malades.

a. On a administré des lavemens purgatifs fort énergiques, on a introduit de la fumée de tabac dans le rectum ; mais ces moyens , qui , comme tous les autres , ont leur cas de succès , sont fort irritans , ont échoué très-souvent , et n'ont peut-être pas toujours été étrangers aux accidens qui ont suivi de près leur administration.

b. Les purgatifs violens et les émétiques donnés par la bouche nous paraissent devoir être proscrits , pour leur mode d'action. Quelques purgatifs doux , comme l'huile de ricin , la manne , etc. , pourraient convenir dans le cas où on aurait la certitude que l'occlusion dépend de la présence d'un corps étranger , ils faciliteraient son glissement. Mais ils seraient nuisibles dans les cas d'oblitération des intestins causée par la présence d'une bride ou d'une invagination. *Celse* a dit , en parlant de l'emploi des purgatifs dans le traitement des hernies étranglées « *Id ducere potest aliquid in scrotum , educere nihil.* » Nous croyons que ces paroles trouvent ici leur application.

c. On rapporte beaucoup de cas de volvulus guéris par l'administration du mercure coulant , porté dans l'estomac quelquefois jusqu'à la dose de sept ou huit onces ; par l'administration de balles de plomb , argentées ou non , dont le poids commun se serait élevé de sept à huit livres. On prétendait administrer de tels moyens contre l'invagination ! Comment auraient-ils pu agir autrement qu'en enflammant fortement la portion d'intestin située au-dessus de l'invagination , et en le disposant ainsi à une perforation qu'auraient hâtée les purgatifs qu'on leur adjoignait ? On cite grand nombre de guérisons ; mais , il est probable qu'il n'y avait point alors invagination.

d. Persuadé de l'insuffisance de ces moyens , dans beaucoup de

cas , le chirurgien , étendant le procédé mis en usage dans les hernies étranglées irréductibles à cette maladie , a ouvert largement les parois de l'abdomen ; et , avec une main hardie , il est allé chercher et détruire l'obstacle qui s'opposait au cours des matières fécales. On a attribué à *Praxagoras* l'idée de la gastrotomie ; mais il n'est pas certain qu'il ait fait autre chose que débrider une hernie étranglée. *Paul Barbette* posa les principes de cette opération , dans le milieu du dix-septième siècle ; et *Hévin* , dans un excellent Mémoire adressé à l'Académie , fit voir tous les dangers auxquels elle exposait. Quoique depuis elle ait été quelquefois pratiquée dans des cas désespérés par des chirurgiens du plus grand mérite , on est à peu près généralement d'accord sur ce point , savoir , *qu'il ne faut pas y avoir recours*. On est fondé sur l'incertitude des signes propres à faire reconnaître la maladie , incertitude qui devient plus grande encore quand il s'agit de déterminer la nature et le siège du mal. On avait abusé , en cela , du précepte donné par CELSE : « *Melius anceps remedium quàm nullum.* » Mais M. *Andral* , dans une des savantes leçons de son Cours d'hygiène , faisait remarquer que , dans l'état actuel de la science , on doit faire une légère transposition de mots dans le précepte de CELSE , et dire : *Melius nullum remedium quàm anceps*. J'ajouterai : surtout quand *anceps* est synonyme de *lethale*. Il vaut mieux être simple spectateur de la mort du malade , que d'en devenir volontairement l'auteur.

e. Dans ces derniers temps , M. *Leroi* , d'Étiolle , proposa le galvanisme ; des expériences faites sur les animaux lui réussirent fort bien. Après avoir lié sur des chiens une anse du tube digestif , il établit communication entre les deux extrémités du canal alimentaire et les deux pôles d'une pile galvanique , et il vit dans presque tous les cas l'anse d'intestin se dégager. Il employa le même moyen sur une dame atteinte d'iléus (Archives générales de médecine , t. 12 , p. 170) , contre le quel avaient échoué les lavemens et les purgatifs ; il n'obtint qu'une selle muqueuse. Le même moyen eut le même effet sur Talma. Il n'y a là qu'une irritation de la muqueuse gastro-intestinale , qu'on pourrait produire , sans plus d'inconvéniens , à l'aide de purgatifs ad-

ministrés par la voie des frictions. Ainsi, outre les grandes difficultés qu'on aurait le plus souvent à se procurer une pile galvanique, on trouve encore dans ce moyen une cause d'inflammation. Dans les invaginations qui doivent se terminer par l'expulsion de la portion invaginée et gangrénée, il pourrait avoir l'inconvénient de rompre les adhérences nécessaires pour prévenir des épanchemens mortels. Dans les cas d'étranglemens bien serrés d'une anse d'intestin, par une bride, s'il y a menace de gangrène, il ne fera que hâter la perforation. Cependant nous croyons qu'appliqué au début de la maladie il pourrait avoir des succès.

f. Si tous les moyens que nous venons de passer en revue ont de fort graves inconvéniens, et qu'on ne puisse les employer sans avoir à craindre de hâter la mort du malade, rejetons les, et substituons y des moyens qui ne sauraient avoir des suites aussi fâcheuses, et qui nous donnent quelque espoir de succès. N'avons nous pas vu dans bien des cas la nature se suffire, et faire tous les frais de la guérison ? Nous en avons cité plus d'un exemple ; ne nous hâtons donc pas d'entraver sa marche, cherchons à l'aider. Dans le début, il n'y a que les signes d'une inflammation viscérale : c'est le cas d'employer les moyens qu'on oppose aux inflammations, les bains, les fomentations émollientes, les cataplasmes de même nature ; les saignées locales et même générales, s'il y a pléthore sanguine. Alors que se déclarent les signes de l'étranglement interne, le traitement doit un peu changer, sans pour cela devenir jamais propre à irriter d'avantage les intestins, déjà enflammés, ou prêts à contracter une inflammation locale. Avec M. *Chomel*, donnons des boissons glacées, faisons sur le ventre des applications d'eau à la glace ; donnons des lavemens de même nature, en assez grande quantité, pour remplir le gros intestin, si nous présumons une invagination, espérant par là la détruire ; et servons nous, pour cela, d'une seringue assez grande pour contenir plusieurs pots d'eau, ou mieux, si nous le pouvons, d'une douche ascendante, dont nous dirigerons le jet dans le rectum. L'eau froide est un puissant antiphlogistique ; on sait quels grands avantages on en retire dans le traitement

des plaies d'armes à feu, des contusions, des fractures comminutives, etc. Pourquoi ne réussirait-elle pas, dans le cas qui nous occupe, à combattre aussi l'inflammation ? Tels sont les moyens simples, souvent efficaces et jamais dangereux, que nous croyons devoir préférer à ceux que nous avons précédemment exposés. Rien de plus facile que de se les procurer partout et en toute occasion ; et ils nésauraient être nuisibles entre les mains de qui que ce soit. Ce dernier point est encore important ; car la médecine entre les mains d'un ignorant est une arme dangereuse pour l'humanité ; elle devient meurtrière si cet ignorant est en même temps audacieux ; elle n'est vraiment utile qu'entre les mains d'un homme instruit et prudent.

FIN.

APHORISMES D'HIPPOCRATE,

(Traduction de E. PARISET, édit. 1816.)

I.

Dans les maladies aiguës le refroidissement des extrémités est mauvais. *Sect. 7, aph. 1.*

II.

Les longues douleurs des parties ventrales suivies de suppuration sont mauvaises. *Ibid. , aph. 22.*

III.

Le vomissement, le hoquet, la convulsion ou le délire dans l'iléus le rendent grave. *Ibid. , aph. 10.*

IV.

Les jeunes gens ont des crachemens de sang, des phthisies, des fièvres aiguës, des épilepsies et d'autres maladies encore, mais surtout celles-là. *Sect. 3, aph. 29.*

V.

Dans l'âge adulte viennent les asthmes, les pleurésies, les péripneumonies, les léthargies, les phrénésies, les fièvres ardentes, les diarrhées chroniques, les choléras, les dysenteries, les lientéries et les hémorrhôides. *Ibid. , aph. 30.*

VI.

La vieillesse amène avec elle les dyspnées, les toux catarrhales, les stranguries, les dysuries, les douleurs articulaires, les néphrites, les vertiges, les apoplexies, les cachexies, les démangeaisons de tout le corps, les insomnies, l'humidité du ventre, des yeux et du nez, les obscurcissemens de la vue, les glaucômes, les duretés de l'ouïe.
Ibid., aph. 31.

